Certificado Medico De Aptitud Laboral

INFORMACIÓN GENERAL
EMPRESA Sobredsor FECHA 12/12/2024
INGRESO [X] EGRESO [ ] PERIODICO [ ]
NOMBRE [redacted] C.C. [redacted]
EDAD [redacted] SEXO [redacted] CARGO A DESEMPEÑAR

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL [X] EXAMENES DE LABORATORIO [ ]
OPTOMETRIA/VISOMETRA [X]
AUDIOMETRIA [ ]
ESPIROMETRIA [ ] CUALES

El suscrito medico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente concepto

APTO [X] MOTIVO
NO APTO [ ] MOTIVO
Masela signe libro normal
dice tabaco con tos

EXAMEN PERIODICO
Puede continuar con su labor SI NO [ ] Se sugiere reubicación laboral SI [ ] NO [ ]
EXAMEN DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL
HIGIENE POSTURAL [ ] PAUSAS ACTIVAS [ ] ERGONOMIA DEL PUESTO TRABAJO [ ] USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL [ ]
VALORACIÓN POR MEDICINA OCUPACIONAL [ ] CONTROL AUDIOMETRIA [ ] USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA [ ] CONTROL OPTOMETRIA PERIODICO [ ] USO DE LENTES [X] CONTROL DE TENSION ARTERIAL [ ] ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(DIETA, EJERCICIO) [ ]
EVITAR POSTURAS PROLONGADAS [ ] USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA [ ]

FIRMA DEL PACIENTE
C.C. 1056014664

Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 10192
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud
FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 -- 3176473117 E-mail: globalservicemedicalgroup@gmail.com

VISIOMETRIA

NOMBRE [redacted] FECHA 12/12/2017 EDAD [redacted] SEXO M ☐ F ☐

CC O TI [redacted] OCUPACION [redacted] INGRESO ☑ PERIODICO ☐ EGRESO ☐

EMPRERSA Sobretsol ULTIMO CONTROL 12 meses

AVSC: OD VL 20/30 VP 20/23 AVCC: OD VL 20/25 VP 20/25

OI VL 20/50 VP 20/25 OI VL 20/40 VP 20/25

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL ☒ VERSIONES NORMAL ☐

OI NORMAL ☒

HISHBERG _____ COVER TEST _____

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

ESTEREOPSIS _____

IDX Miopia corregida Leve

OBSERVACIONES _____

FIRMA DEL PACIENTE
CC 1056027664

Eulices Ortiz Rodriguez
FIRMA OPTOMETRISTA
Optometra y Salud Ocupacional
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud
Licencia 6068

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 – 3176473117
E- mail: eulicesortizr@gmail.com